



台灣牙醫植體醫學會

Taiwan Academy of Implant Dentistry
108-64 台北市萬華區西園路二段 300 號 8 樓
電話：02-2307-6829 judy

信用卡傳真單

傳真：02-23076986

* 必填

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|----------|--|--|--|
| *姓名(持卡人)： | | | | *身分證字號： | | | | | | | | | | | |
| 電話(日)： | | | | *行動電話： | | | | | | | | | | | |
| *發卡銀行： | | | | 銀行 | | | | *卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> JCB | | | | | | | |
| | | | | | | | | *信用卡有效期限：___月 20___年 | | | | | | | |
| *信用卡號： | | | | | | | | | | | | | | | |
| *簽名： (與卡片背後簽名一致) | | | | *卡片背面末三碼： | | | | 授權日：(免填) | | | | 授權碼：(免填) | | | |
| *請勾選 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 年費 NT4000 | | | | <input type="checkbox"/> 新入會會費 NT2000 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 課程 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| *金額總計：新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 持卡人同意依照信用卡使用規定，一經使用，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。 2. 所有課程訂單成立後，如因故無法上課，均不得要求退費；收據將於簽單確認後七天寄發持卡人。 | | | | | | | | | | | | | | | |

郵政劃撥儲金存款單

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 帳號 | 19965035 | | | | | | | | | | 金額 新台幣 (小寫) | 仟 | 佰 | 拾 | 萬 | 仟 | 佰 | 拾 | 元 |
| 通訊欄 (限與本次存款有關事項) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 年費 NT4000 <input type="checkbox"/> 新入會會費 NT2000 <input type="checkbox"/> 課程 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 戶名 台灣牙醫植體醫學會 寄款人 姓名 通訊處 E-mail : _____ 電話 經辦局收款戳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◎寄款人請注意背面說明

◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

| | |
|--------|--|
| 收帳帳號戶名 | |
| 存款金額 | |
| 電腦記錄 | |
| 經辦局收款戳 | |

虛線內備供機器印錄用請勿填寫